

Der klinisch-ethische Fehlschluss

Weyma Lübke

2020-12-23T11:23:49

Das Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht, auch Prognose genannt, ist in der Literatur über Zuteilungskriterien bei medizinischer Ressourcenknappheit seit langem präsent. In Deutschland haben Mediziner die Anwendung dieses Kriteriums im Kontext der aktuellen Pandemie in sogenannten klinisch-ethischen Empfehlungen angeraten. Die vorgeschlagene Priorisierung, so heißt es in dem Dokument, erfolge „ausdrücklich nicht in der Absicht, Menschen oder Menschenleben zu bewerten“, sondern aufgrund der Verpflichtung, möglichst vielen Patienten die Teilhabe an der medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Deshalb solle die Priorisierung sich am Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht orientieren. Der klinische Erfolg sei im Kontext der für diese Pandemie relevanten Knappheit an intensivmedizinischen Ressourcen, namentlich an Beatmungsgeräten, im Sinne des Überlebens der Intensivtherapie zu verstehen.

Bei Verwendung der in Deutschland allgegenwärtigen Abwehrformel gegen das Bewerten von Menschenleben wird nur selten klargestellt, was genau gemeint ist. Verwahrt man sich gegen den Vorwurf, man bewerte Menschenleben unterschiedlich, also einige höher als andere? Oder verwahrt man sich gegen die Unterstellung, man bewerte Menschenleben überhaupt? Die zweite Deutung trifft den Wortlaut der Abwehrformel besser. Aber es ist nicht offensichtlich, worin genau hier die Kliniker einen abzuwehrenden Vorwurf gesehen haben könnten. Sollte es Medizinern nicht erlaubt sein, Menschenleben und damit auch das Überleben von Menschen positiv zu bewerten, sofern sie jedes Leben unterschiedslos positiv bewerten?

Etwas später im Text findet sich ein „Hinweis“ dazu, aus welcher Richtung der befürchtete Vorwurf kommt: „Aus verfassungsrechtlichen Gründen“ dürften Menschenleben nicht gegen Menschenleben abgewogen werden. Wer von diesem verfassungsrechtlichen Verdikt gehört hat, weiß normalerweise, dass es sich nicht nur auf die Abwägung eines Lebens gegen ein anderes, sondern auch auf die Abwägung eines Lebens gegen mehrere andere bezieht. Hier sitzt die Differenz zwischen den beiden Deutungen der Abwehrformel: Die erste Deutung richtet sich gegen unterschiedliches Bewerten im paarweisen Vergleich. Dass zwei Menschenleben für doppelt so wertvoll erklärt werden wie eines, ist damit nicht ausgeschlossen, denn beim aggregierenden Abwägen behält jedes einzelne Menschenleben sein gleiches Gewicht. Die zweite Deutung lehnt auch das aggregierende Abwägen ab. Wer sich zur Rettung möglichst vieler verpflichtet glaubt, mag sehr wohl befürchten, dass er das nicht unterschreiben kann.

Einer Diskussion dieses Punkts haben die Kliniker sich mit der knappen Bemerkung entzogen, eine „abschließende juristische Stellungnahme“ sei nicht Gegenstand ihres Dokuments. Die Verpflichtung, möglichst viele Patienten zu retten (im Folgenden: Maximierungsregel) wird im Text als Selbstverständlichkeit präsentiert; jedenfalls wird sie nicht weiter kommentiert und auch nicht begründet. Eine

konsequente Priorisierung nach dem Kriterium der Erfolgsaussicht ist auf der Basis dieses Gebots jedoch nicht ableitbar. Unter bestimmten Umständen verlangt es vielmehr, von diesem Kriterium abzuweichen. Die Unterstellung, die als Begründung vorgetragene Verpflichtung generiere das vorgeschlagene Vorgehen, ist fehlschlüssig. Aus Gründen, die im Folgenden noch deutlicher werden, bezeichne ich diese Unterstellung als klinisch-ethischen Fehlschluss. Es hätte sich gelohnt – und zwar auch im Sinne eines besseren Verständnisses der eigenen, also der klinisch-ethischen Haltungen – hierzu genauer zu werden. Das soll der folgende Kommentar zeigen.

Ressourcenbedarf

Bei der im Dokument benannten Verpflichtung handelt es sich um ein Maximierungsgebot, das sich auf die Anzahl der Nutzenempfänger richtet. Die klassische Form dieses Gebots lautet „Rette möglichst viele!“. An dieser Regel hat man sich in der Tradition der katastrophenmedizinischen Triage orientiert. Die Verfasser der Empfehlungen berufen sich beiläufig auf diese Tradition, unterscheiden aber im Weiteren nicht zwischen außeralltäglichen („katastrophalen“) und alltagsmedizinischen Knappheiten, wie sie zum Beispiel in der Transplantationsmedizin zu verwalten sind. Die katastrophenmedizinische Maximierungsregel scheint als generelle Verpflichtung für den Umgang mit existentiellen Knappheiten vorzuschweben. Eine konsequente Orientierung an dieser Regel in der Transplantationsmedizin zwänge freilich zu Zurückstellungen, die in der Praxis nicht akzeptiert sind und deren Unterstützung man auch den Verfassern der Empfehlungen nicht ohne weiteres unterstellen möchte. Es müssten, unter anderem, Patienten mit mehrfachem Transplantatbedarf (etwa Herz und Leber) von den Wartelisten gestrichen werden, weil man mit denselben Ressourcen mehrere Patienten mit einfachem Bedarf retten kann. Auch in nichtmedizinischen Situationen existentieller Knappheit ergäben sich Zuteilungsformen, die anstößig wirken. So müsste man etwa beim Besteigen von Rettungsbooten im Knappheitsfall nach Körpergewicht prozedieren (die Belebten zuletzt), weil dann mehr Personen hineinpassen.

Das Beispiel der Mehrfachtransplantation (wie auch das Rettungsbootbeispiel) zeigt zugleich, was bei der Herleitung des Kriteriums der Erfolgsaussicht aus der Maximierungsregel übersehen wurde. Die Anzahl der Überlebenden variiert bei Zuteilungen in Knappheitslagen nicht nur mit den Überlebenswahrscheinlichkeiten der Betroffenen, sondern auch mit der Höhe ihres Ressourcenbedarfs. Wer effizient verteilen, also die knappen Ressourcen so einsetzen möchte, dass die vorab definierte Zielgröße maximiert wird, muss erkennbare Unterschiede im Ressourcenbedarf beachten.

Es lohnt sich, detaillierter zu betrachten, wie die beiden Regeln – die unterstellte Verpflichtung („Rette möglichst viele Beatmungspflichtige!“) und die Empfehlung der Kliniker („Priorisiere die Beatmungspflichtigen nach Erfolgsaussicht!“) – sich zueinander verhalten. Dazu hilft es zunächst festzuhalten, dass auch effizienzorientierte Verteilungsregeln, wenn sie zum Zuteilungszeitpunkt anwendbar sein sollen, auf Erwartungen („Aussichten“) Bezug nehmen müssen, sofern über die

tatsächlichen Erfolge noch Unsicherheit herrscht. Das Gebot der Rettung möglichst vieler Beatmungspflichtiger kann zum Zuteilungszeitpunkt allenfalls verlangen, dass man die *voraussichtliche* Anzahl Überlebender unter den Beatmungspflichtigen, also den Erwartungswert dieser Anzahl maximiert. Was, wenn nicht diesen Wert, maximiert man bei konsequenter Priorisierung nach dem Kriterium der Erfolgsaussicht? Tatsächlich maximiert man hier eine kompliziertere Größe mit geringem intuitivem Appeal, nämlich das *Verhältnis* des Erwartungswerts der Anzahl Überlebender zum Erwartungswert der Anzahl Versterbender unter den *beatmeten* (nicht unter den beatmungspflichtigen) Patienten.

An einem Beispiel wird im Folgenden erläutert, was das bedeutet und welche ethischen Rückfragen es aufwirft. Die dabei verwendeten exakten Zahlen sind natürlich fiktiv. Aber an dieser Stelle geht es nicht um Praxisnähe, sondern um die Explikation des logischen Verhältnisses von postulierter Verpflichtung und ausgegebener Empfehlung. Für die Praxisrelevanz genügt die Korrektheit der Annahme, dass Prognose und Ressourcenbedarf, wie in anderen medizinischen Bereichen, auch in der Intensivmedizin nicht stets gegenläufig (höhere Erfolgsaussicht, geringerer Bedarf) variieren.

Klinischer Erfolg

Nehmen wir an, dass ein Patient mit guter Erfolgsaussicht unter Behandlung (70%) voraussichtlich drei Wochen beatmet werden müsste (Option A). Alternativ können drei Patienten mit schlechterer Erfolgsaussicht (je 50%) versorgt werden, die voraussichtlich jeweils eine Woche beatmet werden müssten (Option B). Wer sich für verpflichtet hält, den Erwartungswert der Anzahl Überlebender *unter den Beatmungspflichtigen* zu maximieren (dieser Wert berechnet sich als Summe der Überlebenswahrscheinlichkeiten der vier Betroffenen nach Vornahme der Zuteilung), wird Option B (1,5) gegenüber Option A (0,7) vorziehen. Die abgewiesenen Patienten, so sei hier vereinfachend angenommen, versterben mit Sicherheit und tragen daher bei der Summierung keine positiven Überlebenswahrscheinlichkeiten bei. Der Erwartungswert der Anzahl der Überlebenden *unter den Beatmeten* stimmt dann bei beiden Optionen mit den gerade angegebenen Werten überein, so dass auch hier Option B Vorrang hätte.

Ebenfalls beim Vorrang für Option B bleibt es, wenn man das *Verhältnis* des Erwartungswerts der Anzahl Überlebender zum Erwartungswert der Anzahl Versterbender *unter den Beatmungspflichtigen* maximieren möchte: Bei Option A beträgt dieses Verhältnis 0,7 (wie oben) zu 3,3 (die drei abgewiesenen Patienten versterben mit Sicherheit, der behandelte Patient mit einer Wahrscheinlichkeit von 30%). Das ergibt rund 0,21. Bei Option B beträgt dasselbe Verhältnis 1,5 (wie oben) zu 2,5 (die drei behandelten Patienten versterben mit einer Wahrscheinlichkeit von je 50%, der abgewiesene Patient verstirbt mit Sicherheit). Das ergibt 0,6 – also den höheren Wert für Option B.

Die Präferenz für die Optionen kehrt sich erst um, wenn man das *Verhältnis* des Erwartungswerts der Anzahl Überlebender zum Erwartungswert der Anzahl Versterbender *unter den Beatmeten* maximiert: Bei Option A beträgt dieses

Verhältnis 0,7 zu 0,3, denn die Sterbewahrscheinlichkeiten der drei nichtbeatmeten Patienten gehen hier nicht in die Rechnung ein. Das ergibt rund 2,3. Bei Option B beträgt dasselbe Verhältnis 1,5 zu 1,5 (die Sterbewahrscheinlichkeiten der drei beatmeten Patienten sind gleich groß wie ihre Überlebenschancen). Das ergibt 1 – also den niedrigeren Wert für Option B.

Die Verengung des Blicks auf die Schicksale der beatmeten Patienten hat keinen spontanen ethischen Appeal, denn grundsätzlich erscheinen die Schicksale aller behandlungsbedürftigen Patienten beachtlich. Diese Fokussierung hat aber, zumindest unbewusst, einen klinischen Appeal. Intensivmediziner – wie vermutlich alle Ärzte mit Ausnahme von Palliativmedizinern – erleben die unter ihrer Behandlung eintretenden Todesfälle eher als Misserfolge als die Todesfälle, zu denen es kommt, weil die Betroffenen zur Behandlung nicht angenommen wurden. Im Blick auf die Schicksale der Ersteren, nicht der Letzteren, wird die klinische Performance von Behandlern bzw. ihren Einrichtungen gewöhnlich auch evaluiert. Mit gewissen, hier nicht zu diskutierenden Einschränkungen ergibt das auch Sinn, denn an Personen, die ein Arzt nicht behandelt, kann die Qualität seiner Behandlung jedenfalls nicht abgelesen werden.

Bei Zuteilungsentscheidungen unter Knappheit geht es aber nicht um die Qualität der Behandlung. Es geht um die Frage, welchen Patienten eine indizierte Behandlung bestimmter Qualität zu Gute kommen soll. Wer empfiehlt, die Patienten nach Erfolgsaussicht zu priorisieren, richtet den Blick, wie erläutert, allein auf die zu erwartenden *Behandlungserfolge* und -misserfolge. Die unter Nichtbehandlung eintretenden Todesfälle werden als Misserfolge nicht gebucht. Man kann verstehen, dass der Intensivmediziner, der nach Erfolgsaussicht priorisiert, also Option A ergreift und den jungen, ansonsten gesunden Patienten mit dem schweren Krankheitsverlauf nach drei Wochen Beatmung in stabiler Verfassung aus der Station entlässt, sich erfolgreicher fühlt als der Kollege, der Option B gewählt und in derselben Zeit drei Patienten beatmet hat, aber nur einen davon in stabiler Verfassung entlassen konnte, während die anderen beiden ihm unter der Beatmung verstorben sind. Aber der erste Mediziner ist nicht erfolgreicher. Auch aus der von ihm gewählten Option resultieren drei Todesfälle. Es ist lediglich so, dass sie alle drei nicht unter seiner Behandlung verstorben sind.

Offene Fragen

Man kann nur spekulieren, auf welche Seite die Kliniker sich geschlagen hätten, wenn sie sich (und ihren Lesern) die Differenz zwischen ihrem Priorisierungsvorschlag und der von ihnen benannten Verpflichtung bewusst gemacht hätten. Es kann sein, dass im Fall der COVID-19-Pandemie der praktische Effekt einer konsequenten Beachtung der voraussichtlichen Dauer der Beatmung gering wäre, weil *de facto* die bessere Erfolgsaussicht eben doch überwiegend mit dem geringeren Ressourcenbedarf verknüpft ist. Das müsste freilich nicht bei jeder Pandemie so sein und ganz sicher ist es nicht bei jeder existentiellen Knappheit an medizinischen Ressourcen so. Um die Größe des praktischen Effekts geht es an dieser Stelle aber auch gar nicht. Es geht um die Explikation der ethischen Grundlagen. Wenn in der medizinischen Profession, analog etwa zum in der Praxis

ja auch nicht häufigen Beispiel der Doppeltransplantation, Widerstände gegen eine konsequente Beachtung der Höhe des Ressourcenbedarfs vorhanden sind, sind das nun einmal zugleich Widerstände gegen die Verpflichtung, möglichst viele zu retten. Dann sollte die ethische Quelle der Widerstände expliziert werden und die angebliche Verpflichtung müsste in einer damit konsistenten Weise umformuliert werden.

Es lohnt sich meines Erachtens, über die Intuition, die Schicksale der nicht unter seiner Behandlung Verstorbenen seien dem Intensivmediziner nicht ebenso zuzurechnen wie die Schicksale der von ihm behandelten Patienten, weiter nachzudenken. Normativ lässt sich mit diesem Punkt aber nur argumentieren, wenn die Kliniker ihre spezifische Kompetenz in der Auswahl der optimalen Behandlung für angenommene Patienten verorten und ihre professionelle Zuständigkeit und Verantwortung auf diese Behandlungsentscheidungen beschränken. Wenn dagegen, wie in dem hier diskutierten Dokument, die effizienzorientierte Patientenauswahl unter Knappheit als ärztliche Verpflichtung begriffen wird, dann gehört die konsequente Beachtung der Opportunitätskosten schon dazu.

